

Premera Blue Cross : Sterling 1000

Cobertura para: Individual o familia | Tipo de plan: PPO



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan comparten el costo de los servicios de salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (la prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de cobertura, llame al 1-800-722-1471 (TTY: 711) o visite www.premera.com. Para ver definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-800-722-1471 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	Dentro de la red: \$1,000 individual / \$3,000 familia. Fuera de la red: \$2,000 individual / \$6,000 familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en <u>el plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible individual</u> hasta que el total de <u>gastos de deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible familiar total</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. No se aplica a la <u>atención preventiva</u> , <u>copagos</u> , <u>medicamentos con receta</u> y <u>servicios</u> indicados a continuación como "Sin cargo"	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque todavía no haya <u>alcanzado el deducible</u> . Pero <u>puede aplicarse un copago</u> o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos sin participación en los costos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite máximo de gastos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$6,000 individual, \$14,300 familia. Fuera de la red: No aplica	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, <u>deben</u> alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite familiar total de gastos de bolsillo</u> .
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>La prima</u> , los <u>cargos por facturación del saldo</u> , las penalizaciones por no obtener <u>autorización previa para los servicios</u> y la <u>atención médica que este plan no cubre</u> .	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.premera.com o llame al 1-800-722-1471 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que <u>cobra el proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que <u>su proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con <u>su proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .

 **Todos los copagos y coseguos que aparecen en esta tabla se aplican después de alcanzar el deducible, si corresponde.**

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante Información
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <u>copago</u> /visita	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Visita a especialista</u>	\$35 de <u>copago</u> /visita	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/exámenes/vacunas</u>	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué <u>pagará su plan</u> .
Si le realizan una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u> (el deducible no se aplica)	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Imágenes (TC/PET, RM)	20% de <u>coseguro</u> (el deducible no se aplica)	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización</u> previa para algunas pruebas de imágenes ambulatorias. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por evento.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copago/receta</u> (minorista), \$30 de <u>copago/receta</u> (correo)	\$10 de <u>copago/receta</u> + 40% de <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (correo)	Cubre hasta un suministro de 90 días (minorista y correo). Farmacias minoristas: un copago <u>por cada</u> suministro de 30 días. Sin cargo por ciertos medicamentos preventivos. Se requiere <u>autorización</u> <u>previa para algunos</u> medicamentos.
Más información sobre la cobertura de medicamentos <u>cobertura</u> está disponible en https://www.premera.com/documents/052147_2026.pdf	Medicamentos de marca preferida	\$30 de <u>copago/receta</u> (minorista), \$90 de <u>copago/receta</u> (correo)	\$30 de <u>copago/receta</u> + 40% de <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (correo)	Cubre hasta un suministro de 90 días (minorista y correo). Farmacias minoristas: un copago <u>por cada</u> suministro de 30 días. Se requiere <u>autorización</u> <u>previa para algunos</u> medicamentos.
	Medicamentos de marca no preferida	\$60 de <u>copago/receta</u> (minorista), \$180 de <u>copago/receta</u> (correo)	\$60 de <u>copago/receta</u> + 40% de <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (correo)	Cubre hasta un suministro de 90 días (minorista y correo). Farmacias minoristas: un copago <u>por cada</u> suministro de 30 días. Se requiere <u>autorización</u> <u>previa para algunos</u> medicamentos.
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$250 de <u>copago/receta</u>	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días. Se <u>requiere</u> <u>se requiere</u> <u>autorización</u> <u>previa para algunos</u> medicamentos.
Si se somete a cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización</u> <u>previa para algunos</u> servicios. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por evento.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante Información
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
	Honorarios de médico/cirujano	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	\$200 <u>de copago/visita</u> + 20% <u>coseguro</u>	\$200 <u>de copago/visita</u> + 20% <u>coseguro</u>	Se exime el copago de <u>emergencias</u> si es hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>de coseguro</u>	20% <u>de coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	En hospital: \$200 <u>de copago/visita</u> + 20% <u>coseguro</u> Centro independiente: \$35 <u>de copago/visita</u>	En hospital: \$200 <u>de copago/visita</u> + 20% <u>coseguro</u> Centro independiente: 50% <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	<u>Se requiere autorización</u> previa para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por estadía.
	Honorarios de médico/cirujano	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: \$35 <u>de copago/visita</u> Centro: 20% <u>de coseguro</u> (<u>deducible no se aplica</u>)	50% <u>de coseguro</u>	Ninguna
	Servicios hospitalarios	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	<u>Se requiere autorización</u> previa para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por estadía.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	<u>La participación</u> en los costos no se <u>aplica a servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes en otras partes del SBC (como ultrasonidos).
	Servicios profesionales de parto servicios	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	<u>La participación</u> en los costos no se <u>aplica a servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes en otras partes del SBC (como ultrasonidos).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante Información
		<u>Proveedor de la red</u> (pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más)	
	Servicios del centro para parto servicios	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	La <u>participación</u> en los costos no se aplica a <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes en otras partes del SBC (como ultrasonidos).
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Limited to 130 visits per calendar year
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Ambulatorio: \$35 <u>de copago/visita</u> Hospitalario: 20% <u>coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Limitado a 45 visitas ambulatorias por año calendario y 30 días de hospitalización por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. <u>Se requiere autorización</u> previa para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por estadía.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Ambulatorio: \$35 <u>de copago/visita</u> Hospitalario: 20% <u>coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Limitado a 45 visitas ambulatorias por año calendario y 30 días de hospitalización por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. <u>Se requiere autorización</u> previa para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por estadía.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Limitado a 90 días por año calendario. <u>Se requiere autorización</u> previa para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por estadía.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	<u>Se requiere autorización</u> previa para comprar algunos equipos médicos. Penalización por usar fuera de la red: 50% del cargo permitido, hasta \$1,500 por occurrence.
	<u>Servicios de hospicio</u>	20% <u>de coseguro</u>	50% <u>de coseguro</u>	Limitado a 240 horas de relevo; límite total de 6 meses de beneficio de por vida, salvo que se apruebe lo contrario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista infantil	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos infantiles	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y otros servicios excluidos).

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Atención rutinaria de la vista (adultos) |
| • Cirugía estética | • Atención a largo plazo | • Programas para bajar de peso |
| • Atención dental (adultos) | • Enfermería privada | |

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- | | | |
|---|-----------------------|--|
| • Acupuntura | • Cuidado de los pies | • Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU. |
| • Atención quiropráctica u otras manipulaciones de la columna | • Audífonos | |

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: para planes ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para planes gubernamentales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Para planes de iglesias y demás planes, llame al 1-800-562-6900 para el departamento estatal de seguros o a la aseguradora al 1-800-722-1471 o TTY 711. También puede tener otras opciones de cobertura, incluida la compra de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos Seguros médicos Mercado. Para obtener más información sobre Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación. Los documentos de su plan también incluyen documentos incluyen información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: su plan al 1-800-722-1471 o TTY 711, o el departamento estatal de seguros al 1-800-562-6900, o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? **Yes.**

Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través de Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de la prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? **Yes.**

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, podría ser elegible para un crédito fiscal de la prima para ayudarle a pagar un plan a través de Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-722-1471.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-722-1471.

Chinese (· · ·): · · · · · 1-800-722-1471.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-722-1471.

..... Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.....



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de participación en los costos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

• <u>Deducible total del plan</u>	\$1,000
• <u>Copago de especialista</u>	\$35
• <u>Coseguro de hospital (centro)</u>	20%
• <u>Otro coseguro</u>	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales de parto

Servicios del centro para parto

Pruebas diagnósticas (ultrasonidos y análisis de sangre)

Visita a especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Participación en los costos	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$3,370

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red para una afección bien controlada)

• <u>Deducible total del plan</u>	\$1,000
• <u>Copago de especialista</u>	\$35
• <u>Coseguro de hospital (centro)</u>	20%
• <u>Otro coseguro</u>	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de atención primaria (incluida

educación sobre la enfermedad)

Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)

Medicamentos con receta

Equipo médico duradero (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Participación en los costos	
<u>Deducibles</u>	\$30
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$1,370

Fractura simple de Mia

(visita a emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

• <u>Deducible total del plan</u>	\$1,000
• <u>Copago de especialista</u>	\$35
• <u>Coseguro de hospital (centro)</u>	20%
• <u>Otro coseguro</u>	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (incluidos suministros médicos

suministros)

Prueba diagnóstica (radiografía)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Participación en los costos	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,600

Llame para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares apropiados.

Call for free language assistance services and appropriate auxiliary aids and services.

Llame para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares apropiados.

呼吁提供免费的语言援助服务和适当的辅助设备及服务。

呼籲提供免費的語言援助服務和適當的輔助設備及服務。

Gọi cho các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ thích hợp.

무료 언어 지원 서비스와 적절한 보조 도구 및 서비스를 신청하십시오.

Звоните для получения бесплатных услуг по переводу и других вспомогательных средств и услуг.

Tumawag para sa mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at angkop na mga karagdagang tulong at serbisyo.

Звертайте за безкоштовною мовною підтримкою та відповідними додатковими послугами.

សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ព្រមទាំងសេវាកម្ម និងជំនួយចាំបាច់ដែលសមស្របផ្សេងៗ។

無料言語支援サービスと適切な補助器具及びサービスをお求めください。

ለነፃ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እና ተገቢ ድጋፍ ሰጪ ኢንተርኔት ማሳሪያዎችን እና አገልግሎቶችን ለማግኘት በስልክ ቁጥር

Tajaaajiloota deeggarsa afaan bilisaa fi gargaarsaa fi tajaajiloota barbaachisaa ta'an argachuuf bilbilaa.

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਚੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Fordern Sie kostenlose Sprachunterstützungsdienste und geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen an.

ໂທເພື່ອຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ການບໍລິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດທີ່ເໝາະສົມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

Rele pou w jwenn sèvis asistans lengwistik gratis ak èd epi sèvis oksilyè ki apwopriye.

Appelez pour obtenir des services gratuits d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés.

Zadzwoń, aby uzyskać bezpłatną pomoc językową oraz odpowiednie wsparcie i usługi pomocnicze.

Ligue para serviços gratuitos de assistência linguística e auxiliares e serviços auxiliares adequados.

Chiama per i servizi di assistenza linguistica gratuiti e per gli ausili e i servizi ausiliari appropriati.

اتصل للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمساعدات والخدمات المناسبة.

برای خدمات کمک زبانی رایگان و کمک‌ها و خدمات امدادی مقتضی، تماس بگیرید.

La discriminación es ilegal.

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes federales y del estado de Washington aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por estos motivos. Premera proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). Premera ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que Premera no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja ante: Civil Rights Coordinator - Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, línea gratuita: 855-332-4535, TTY: 711, fax: 425-918-5592, correo electrónico: AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, electrónicamente a través del Portal de Quejas del Comisionado de Seguros en <https://www.ihinsurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.